DOI：10.12209/issn2708-3845.20230302001
版本号：V1.0

通信作者：殷京，yinjingys@163.com

痛风的中医护理进展

池春丽，申建林，宋秋梅，张海云，贾丽艳，孟利，殷京

（首都医科大学电力教学医院 中医骨伤科，北京 100073）

【摘要】痛风是一种嘌呤代谢障碍性疾病，目前尚无根治的方法。本文从中医的角度阐述了痛风的病因病机、辨证分型，并综述了具有中医特色的辨证施护、饮食护理、情志护理、并发症护理、健康教育等方面内容，以预防或减少痛风的复发。

【关键词】痛风；中医护理；综述

[Abstract] Gout is a purine metabolic disorder, and there is no radical cure at present. This article expounds the etiology, pathogenesis and syndrome differentiation of gout from the perspective of traditional Chinese medicine, and summarizes the dialectical nursing, diet nursing, emotional nursing, complication nursing, health education and other aspects with the characteristics of traditional Chinese medicine to prevent or reduce the recurrence of gout.

[Key words] Gout; Traditional Chinese medicine nursing; overview

近年来，随着社会经济的发展和人民生活水平的提高，国民饮食中嘌呤及蛋白含量增加[1]，我国痛风发病率呈逐年上升且低龄化趋势。西医将痛风，又称“代谢性关节炎”痛风是一种代谢性风湿病，是由于尿酸生成过多和（或）尿酸排泄减少导致血尿酸水平增加，过饱和的尿酸从血液或组织液中析出并沉积在局部组织中，诱发局部无菌性炎症及组织损伤，临床表现为高尿酸血症、急性关节炎、痛风石性慢性关节炎等,严重影响病人的生活质量[2]。中医学将痛风属“痹证”范畴，又名“历节”“白虎历节”[3]，认为该病是因过食肥甘、日久伤脾，过劳或感受风寒湿热等致气血凝滞、痰瘀痹阻、气血不通而发[4]。西医主要用非甾体抗炎类药物治疗，如秋水仙碱，糖皮质激素等，其副作用较为明显，于是人们逐渐将目光转向中医治疗和护理。遵循“辨证施护、因人制宜”的原则，加强中医护理可提高痛风患者的治疗效果。现将近年来对于痛风患者实施的中医护理研究综述如下：

1. 中医病因病机

关于痛风的病因古代医家有多种观点，如汉·张仲景《金匮要略》：“历节疼，不可屈伸，此皆饮酒汗出当风所致”[5]等。《素问痹论》曰:“风寒湿三气杂至，合而为痹也”[6]。

现代中医专家对痛风病因的认识也各抒己见。张宗礼[7]认为痛风是“内外合邪”所致，禀赋正气不足加外邪入侵关节，闭阻不通而痛，以及内伤七情、饮食不节，三因合而发为本病。刘立华[8]认为痛风多以血虚为本，风寒湿为其外因，寒凝经脉，痹阻不通。倪青等[9] 认为禀赋不足、饮食不节是共同发病基础，脾肾不足、湿热内生是重要的发病机制，湿热痰浊瘀血痹阻脉络是关键病理环节，病位在肾，与肝脾等脏密切相关。孙维罗等[10]指出本病为本虚标实，本以肝肾亏虚、脾虚失运，标以风寒湿热、痰浊、瘀血互结阻于血脉。总之，痛风的中医病机特点为虚不离脾肾、实不离痰、湿、瘀、热交阻，属于本虚标实之症。

2.辨证分型

辨证论治是中医最具特色的诊断和治疗方法，也是突出个体化的中医思路。目前中医对痛风的辨证分型尚无统一标准，故中医医家以各自临床经验对痛风进行辨证分型，方便更好的指导临床治疗。

现代临床多参照《中医病证诊断疗效标准》中痛风的辨证标准将该病分为:湿热蕴结型、痰浊阻滞型、瘀热阻滞型和肝肾阴虚证。名老中医王正雨认为，痛风急性期多为风湿热毒、痰瘀痹阻型，间歇期多为脾肾两虚、肝肾亏虚型[11]。刘德发[12]将痛风分为寒湿阻络、气滞血瘀和湿热下注、气滞血瘀4 型。郭强等[13]认为，痛风主要为肝肾阴虚型、脾肾阳虚型、气阴两虚型、阴阳两虚型及夹杂证。王义军[14]认为，急性期辨证多为湿热痹阻证，慢性关节炎期多为风寒湿痹阻证、痰瘀痹阻证和肝肾亏损证。吉海旺教授认为，脾肾亏虚是痛风发病的基础，痰浊、热毒、血瘀是痛风不同阶段的病理因素，临床应采取病证结合的方法，将本病按急性发作期、间歇发作期、慢性稳定期及高尿酸血症分别施治[15]。邓运明教授提出痛风的基本病机是脾胃失和为本，湿热痹阻为标，当以清热化湿、益气健脾为治疗大法，使脾胃健运而湿热自除[16]。刘井红[17]将本病分为痰浊阻滞、瘀热阻滞、湿热蕴结、肝肾阴虚四型。

3.护理

3.1一般护理

3.1.1疼痛护理

痛风急性期，患处红肿热痛，疼痛剧烈持久、动则尤甚，固定不移，伴关节活动障碍，此时治疗以止痛化瘀为主，再配合中医外治法如艾灸、放血疗法、中药外敷、中药熏洗等可以有效地缓解疼痛。护理方面：让患者卧床休息，适当抬高患肢，保持发作关节制动，待关节疼痛缓解72h后逐渐可开始活动，防止关节畸形及肌肉萎缩。鼓励患者进行适合自身的医

疗体育锻炼，如打太极拳等。日常护理动作要轻柔，减轻患者疼痛。生活上给予照顾，协助患者翻身，保持床单位、衣服整洁。告知患者穿宽松柔软鞋，鞋袜切勿过小、过紧、过硬，防止足部损伤。

3.1.2饮食护理

合理饮食，对控制痛风及并发症的发生发展尤为重要。蒲慕莹等[18]认为，痛风患者应多食用低蛋白质、低脂肪、低糖和低嘌呤的水果蔬菜及碱性食物，避免摄入过高的热量。陈世俊[19]选择嘌呤摄入＜150mg/d，每天总热量5460J～6300Ｊ、蛋白质60g～65ｇ、脂肪40ｇ～45ｇ、糖类260ｇ～340ｇ的低嘌呤饮食。饮食方面:（1）禁用高嘌呤食物，如动物内脏、鱼卵、沙丁鱼、凤尾鱼、菠菜、蘑菇、酵母、豆类、鸽子、鹌鹑等。（2）保证充足的水分摄入，每天＞2000～3000mL，不宜饮用纯净水，可饮矿泉水、牛奶、果汁等，因饮水可增加排尿量,防止尿酸结石形成。也可在临睡前或夜间加饮一杯水以稀释尿液，避免夜尿浓缩。（3）食用富含碳水化合物的米饭、馒头等面食，食物宜少油腻、少盐（每日2～5g）。肥胖的患者应长期严格限制蛋白摄入，可适当补充奶制品，来维持机体对蛋白质的需求。对痛风性肾病的患者，可根据尿蛋白的丢失情况和血浆蛋白质水平，适量补充蛋白质。对出现肾功能不全氮质血症的患者，应严格控制蛋白质的摄入。（4）鼓励患者多食碱性蔬菜和水果如柑橘、甘薯、马铃薯等，有利于体内沉积的尿酸盐溶解，从而降低血清尿酸浓度，甚至使尿液呈碱性，从而增加尿酸在尿中的可溶性，促进尿酸的排出，有利于纠正体内嘌呤代谢又能供给丰富的维生素和无机盐。（5）忌食辛辣和刺激性食物，如胡椒、咖喱、芥末、生姜、辣椒等，防止因自主神经兴奋而诱发痛风急性发作。（6）忌饮酒，因为酒也是诱发痛风的因素，特别是黄酒和啤酒。

3.1.3 情志护理

痛风是一种终身性疾病，尚无根治方法。患者常因疾病反复发作，且病势急骤伴剧痛，而出现焦虑不安、抑郁等，对疾病治疗失去信心，进而影响疾病的康复速度，降低生活质量[20]。张凡等[21]对216例痛风患者使用自制调查表和凯斯勒心理疾患量表调查患者心理健康状况，发现不同患者存在不同心理问题。因此，护士应及时、有针对性的对患者进行心理干预，告知其经积极、有效治疗，可正常生活和工作，树立战胜疾病的信心。护理中要主动关心患者，态度和蔼亲切，用简单易懂的语言向其介绍此病的特点、治疗及预后情况，使患者情绪稳定。主动询问疼痛部位、程度有无改善，为患者创造一个良好的休息环境。鼓励患者积极参加娱乐、交流活动,通过与患者相互鼓励,激发其社会和家庭责任感。正确遵医嘱指导患者外洗、外敷治疗，合理安排给药时间。护理操作要规范、及时,尽力排除各种不良影响,使患

者保持最佳心理状态,取得早日康复的治疗效果。

3.1.4并发症护理

痛风最常见的并发症是局部关节病变，多表现为痛风性关节炎。痛风也可累及肾脏、心血管及内分泌系统，是一种全身性疾病，因此该病早期诊断与治疗尤为重要。王梅等[22]认为痛风并发症病变部位在指、腕关节部位的，采用中药外洗法；病变部位在大关节的，主要采用中药外敷，效果明显。刘敦玉等[23]认为痛风风湿热痹型关节肿胀明显者，可用硫酸镁局部湿敷，配合针灸或放血疏通经络、清热泻火；痰瘀痹阻型，可用特定电磁波治疗器照射、艾灸、外敷以通经活络,用舒筋活血洗剂外洗局部以活血化瘀;肝脾肾亏虚型采用针刺、艾灸、温针或药物外敷，特定电磁波局部照射。Kawai等[24]研究发现，原发性高血压患者发生心脑血管疾病的独立危险因素包括血清尿酸水平。当血尿酸达900mol/L以上，尿中排泄的尿酸超过其溶解度，沉积在肾小管和集合管[25]，尿酸结晶可通过晶体介导的炎症反应导致肾脏损害[26]，甚至肾功能衰竭。因此高尿酸血症或痛风患者应当预防心脑血管、代谢、肾脏等病变，在中医中谓其为“未病先防、既病防变”。

3.2 辨证施护

痛风病机在其不同发展阶段各不相同。

3.2.1 湿热痹阻型：症见关节红肿热痛，病势急，累及一个或多个关节，局部灼热，得凉则舒。伴口渴，心烦不安，小便短黄。舌质红，苔黄腻，脉弦滑。周卫国[27]认为湿热痹阻型痛风其病因病机为禀赋不足，或过食膏粱厚味，或起居不慎外感风寒湿热之邪等导致积湿蕴热成毒，痰瘀胶结，气血闭阻，痹阻经络，流注关节，不通则痛。治宜清热解毒，利湿化痰，凉血消肿，通络止痛为主，故采用栀子金花散外敷合小剂量秋水仙碱口服治疗，其疗效确切，不良反应少。顾建伟[28]通过补虚泻实，活血化瘀的方法，有效地改善了关节肿痛等不适症状，并且降低血尿酸浓度，达到保护患者肝肾功能，提高患者生活质量的疗效。刘孟渊[29]按照中医“急则治其标”的原则，治以清热、利湿、泄浊为主，辅以健脾，应用加味四妙散,既可治疗痛风性关节炎的急性发作,又可降低高尿酸血症的血尿酸水平,有多靶点效应。治疗以清热通络、祛风除湿为主。护理方面嘱患者卧床休息，适当抬高患肢，中药宜饭后偏凉服。饮食宜清淡易消化，多食水果，忌食动物内脏、骨髓、海味、鸡肉，禁酒及辛辣肥甘厚味之品,鼓励患者多饮水,每日不少于1500mL,促进尿酸排出,可用白茅根煎水代茶饮用。疼痛严重时遵医嘱予消肿止痛膏外敷,也可适当服用去痛片,并配合针刺昆仑、内关、合谷、曲池等穴位。

3.2.2 风寒湿痹型:症见关节肿痛,屈伸不利,或见皮下结节或痛风石,关节冷痛剧烈,

痛有定处；湿邪偏胜者，肢体关节重着疼痛，肌肤麻木不仁，小便清长，大便溏薄。舌质淡红，舌苔薄白或白腻，脉弦紧或濡缓。风寒湿痹型痛风由于正气不足，风寒湿邪乘虚侵入，阻滞经络，痹阻不通而致。治疗以祛风散寒、除湿通络为主。沈维增[30]在桂枝芍药知母汤原方基础上加豨莶草、桑枝、怀牛膝、土茯苓、川萆薢加强祛风除湿、舒筋活络之功效，治疗风寒湿痹型急性痛风性关节炎安全有效。护理方面嘱患者饮食宜进食生姜粥、当归蒸羊肉等，可多食姜椒或酌情选用药酒，忌生冷、肥甘厚味。中药宜温服。关节处注意保暖，必要时加护套，病室环境宜偏温、避风、避免湿地，不宜在寒冷季节或阴雨潮湿天气到户外活动，鼓励患者多晒太阳。观察疼痛的部位、性质、时间与气候变化的关系。疼痛严重时遵医嘱予消肿止痛膏外敷。

3.2.3 痰瘀阻滞型：症见关节疼痛反复发作，日久不愈，时轻时重，局部硬节，或见痛风石。伴关节肿大，甚至强直畸形，屈伸不利，局部皮色暗红，体虚乏力，面色青暗。舌质绛红有瘀点，苔白腻，脉弦或细涩。此型痛风由于久病体弱，痹阻经络，气血不通，痰瘀交结于关节而致。浊、痰、瘀是病之标，肝、脾、肾功能失常是病之本[31]。雷瑗琳[32]认为痛风有的属脾肾阳虚，痰瘀凝滞等。采用益肾健脾，活血祛痰的经验方风湿2号达到温阳益肾、祛风活血、通络止痛等功效。治疗以活血化瘀、化痰通络为主。护理方面嘱患者避免劳累、受寒受冷，病室环境宜偏温，注意患肢保温，特别是夜间睡眠时应穿长裤。饮食宜清淡，多食含维生素高食物及活血通络之品如茄子、卷心菜、白菜、红枣等，中药宜温服，饭后服，并密切观察药性反应。

3.2.4 脾肾阳虚型：症见关节肿痛持久，局部关节变形，昼轻夜重，肢体及面部浮肿。伴气短乏力，腰膝酸软，畏寒肢冷，纳呆呕恶，腹胀便溏。舌质淡胖，苔薄白，脉象弦细。此型痛风多由于素体阳虚，外邪侵入，迁延不愈，损伤脾肾而致。魏文著[33]认为脾肾阳气不足、湿痰浊郁痹阻是痛风的基本病机,治疗以宣痹祛瘀,健脾补肾为主,在临床上常用四逆汤，麻黄附子细辛汤，以及活络效灵丹等，取得了良好效果。护理方面:饮食宜清淡,含维生素高的食物及水果,如白菜、红枣、苹果、枸杞、薏仁、牛奶。注意患肢保暖,并做适当按摩,防止肢体痉挛。重点做好患者基础护理工作及健康教育,科学指导患者进行肢体功能锻炼。

3.2.5 肝肾阴虚型：症见关节疼痛，反复发作，日久不愈，时轻时重或游走不定，甚至关节变形，可见结节，屈伸不利，腰膝酸痛或足跟疼痛，肌肤麻木不仁，神疲无力，耳鸣口干，心悸气短，脉沉细弦，舌质干红，苔薄黄燥。治疗以补益气血、调补肝肾、祛风胜湿、活络止痛为主。急性期以三妙丸为基本方，同时运用土茯苓、山慈菇、粉萆薢三味药物。稳定期以肾气丸为基本方，同时加入枸杞子、芡实等。在治疗痛风性肾病时尤其注重采用祛湿

活血益肾法，收效颇佳。饮食方面：多进食补益肝肾之品，如黑芝麻、枸杞、牛奶、蹄筋猪、牛羊脊髓等补肾之品。嘱患者经常变换体位，保持患肢关节功能位。鼓励患者适当运动或进行关节活动。

3.3 健康教育

3.3.1 生活起居：指导患者居住环境宜温暖通风，避免寒冷、潮湿，生活要有规律，保证充足的睡眠，劳逸结合，过量劳动能引起痛风的急性发作。

3.3.2 控制体重：对痛风患者至关重要，最好将体重指数（BMI）控制在18.5-25。肥胖患者应控制总热量，限制高脂肪摄入，可食用减重膳食，每日热能摄入低于正常人10%-15%，但减肥也不能操之过急，若体内脂肪及组织分解过快可释放大量嘌呤，诱发痛风急性发作。

3.3.3 体育锻炼：痛风急性期，患者除关节红、肿、热、痛外，常伴有发热，应绝对卧床休息，抬高患肢，避免受累关节负重。关节疼痛缓解72 h后才可恢复活动，先从轻活动量开始，随着体力的增强而逐渐增加活动量，应循序渐进，持之以恒。活动量不可过度，过度的体力消耗会使体内乳酸增加。乳酸可抑制肾脏排泄尿酸功能，使血尿酸升高，甚至引起痛风性关节炎的发作。

3.3.4 疾病自我认识：本病多发生在中老年男性（95%）和停经后妇女（5%），亦是40岁以上男性最常见的关节炎[34]。指导患者随时做好关节保护能用肩部负重者不用手提，能用手臂不用手指，不要长时间持续进行重体力劳动，经常改变姿势，保持受累关节舒适，有局部发热和肿胀，尽可能避免其活动。保护足部（下肢关节尤其足趾承受压力最大，容易损伤，且局部温度低，故为痛风性关节的好发部位），每日可用温水清洗足部，洗脚后保持皮肤干燥。反复发作的患者应学会自我检查，平时用手触摸耳朵及手足关节的软骨处是否产生痛风石。定期查血尿酸，门诊随访。

痛风是一种慢性复发性代谢紊乱性疾病。中医认为该病主要是以脏腑病变为主,尤其以脾、肝、肾等脏腑功能失调,导致湿浊、痰饮、淤血等病理产物在肢体关节、筋脉等处得停聚。故我们运用中国传统医学中的“整体观念”“阴阳之道”从整体把握疾病的发生发展，将人作为一个有机整体，依据各型痛风的病因特点对症治疗，从辨证施护、饮食、情志、健康教育等多方面进行养护。尽快解除患者疾患,减轻痛苦,达到有效的治疗的目的,同时也提高患者的生活质量。

参考文献

[1] 刘晓玲. 中药内服外敷治疗痛风性关节炎临床观察[J]. 中医药临床杂志,2013,25(2):130-131.

[2] 何晓芳,陈霞,韦尼.试析中青年男性痛风患者疾病特征及危险因素[J].风湿病与关节炎,2021,10(12):49-52,56.

[3] 陆妍,孟凤仙,刘慧.中医痛风相关病名的演变与发展[J].世界中医药,2015,10(4):609-612.

[4] 豆树珍.原发性痛风中医证候相关性的临床研究[D].济南:山东中医药大学,2011.

[5] 张仲景,范永升,姜德友主编.金匮要略[M].北京:中国中医药出版社，2013:69.

[6] 张仲景,田代华整理.黄帝内经素问-下[M].影印本.北京:人民卫生出版社,2015:85.

[7] 金焕,张宗礼.张宗礼教授治疗痛风性肾病验案举隅[J].四川中医,2015,33(1):145-146.

[8] 张柯,何键,余琴,等.刘立华教授自拟养血治痹汤治疗痹证的经验[J].广西中医药,2015,38(4):37-38.

[9] 倪青,孟祥.高尿酸血症和痛风中医认识与治疗[J].北京中医药,2016,35(6):529-535.

[10] 孙维罗,胡宝珍,徐永芳.中西医结合治疗高尿酸血症和痛风效果观察[J].中华中医药学刊,2015,33(4):1011-1013.

[11] 李中南.老中医王正雨辨证治疗痛风的经验[J].中医药临床杂志,2010,22(3):218-220.

[12] 刘德发.中医辨证治疗痛风性关节炎的临床疗效观察[J].中国医药科学,2012,2(16):83,87.

[13] 郭强,赵欢,朱玉霞,等.辨证论治痛风性关节炎的临床研究[J].四川大学学报(医学版),2015,46(5):764-769.

[14] 王义军.痛风性关节炎的辨证论治[J].中医药导报,2015,21(3):89-90.

[15] 雷瑗琳.吉海旺教授学术思想总结及治疗痛风性关节炎临床研究[D].北京:中国中医科学院,2012.

[16] 李华南,刘峰,涂宏,等.邓运明教授从脾胃辨证论治痛风经验[J].南京中医药大学学报,2014,30(2):180-182.

[17] 刘井红.辨证治疗原发性痛风 52 例[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(10):51-52.

[18] 蒲慕莹,董翠珍.痛风患者的饮食护理[J].护理实践与研究,2016,13(3):158-159.

[19] 陈世俊.低嘌呤饮食配合中西药治疗痛风的疗效分析[J].现代医药卫生,2012,28(3):383-384.

[20] 万玲玲,刘雪芳,陈芳.心理护理干预对痛风性关节炎患者焦虑抑郁情绪和生活质量的影响[J].吉林医学,2013,34(25):5244-5245.

[21] 张凡,温肇霞,胡新林,等.痛风病人心理健康状况及影响因素分析[J].护理研究,2016,30(28):3507-3510.

[22] 王梅,万素英,汤晓莉.痛风患者辩证施护 38 例[J].中外医疗,2011,30(31):89.

[23] 刘敦玉,李光珍,刘艳.痛风性关节炎病人实施中医辨证施护的效果观察[J].全科护理,2011,9(31):2832-2833.

[24] KAWAI T,OHISHI M,TAKEYA Y,et al.Serum uric acid is an independent risk factor for cardiovascular disease and mortality in hypertensive patients[J].Hypertens Res,2012,35(11):1087-1092.

[25] FATHALLAH-SHAYKH SA,CRAMER MT.Uric acid and the kidney[J].Pediatr Nephrol,2014,29(6):999-1008.

[26] PRASAD SAH OS,QING YX.Associations between hyperuricemia and chronic kidney disease:a review[J].Nephrourol Mon,2015,7(3):e27233.

[27] 周卫国,李龙,叶钊婷,等.栀子金花散外敷配合小剂量秋水仙碱治疗急性痛风性关节炎临床观察[J].中国中医急症,2015,24(7):1286-1288.

[28] 顾建伟,朱珩,鲍小凤.清热泄浊化瘀汤治疗湿热瘀阻型痛风 34 例临床观察[J].实用中医内科杂志,2013,27(9):62-64.

[29] 刘孟渊.加味四妙散治疗高尿酸血症及急性痛风性关节炎的临床研究[J].辽宁中医杂志,2011,38(4):675-677.

[30] 沈维增,谢峥伟,陈晓峰,等.桂枝芍药知母汤加味治疗风寒湿痹型急性痛风性关节炎的临床研究[J].中华中医药学刊,2014,32(1):167-169.

[31] 李海昌,温成平,谢志军,等.间歇期及慢性期痛风中医证候的文献研究[J].中华中医药杂志,2012,27(10):2530-2534.

[32] 雷瑗琳,吉海旺.吉海旺治疗痛风经验[J].中医杂志,2011,52(12):1061-1063.

[33] 魏文著,刘绍良,洪潇挺,等.从阳虚致痹论治痛风[J].中医临床研究,2015,7(9):8-9.

[34] 蒋明.中华风湿病学[M].北京:华夏出版社,2004:12211.